

ダイレクト検査予約票・説明書

発行日 令和 年 月 日

発行医療機関 _____

発行医師 _____

患者様氏名 _____ 様

生年月日 _____

検査名 CT【造影】※撮影部位 (_____)

予約日時 _____ 月 _____ 日 (_____) _____ 時 _____ 分

- ∴あなたの検査予定は上記の日時です。
- ∴眼鏡・ヘアピン・イヤリング・ネックレス等の金属類は、外していただきます。
- ∴検査は、5分～20分ぐらいで終了します。
- ∴乳幼児の方は、早く起床させて検査の直前に寝かせるようにしてください。
- ∴検査当日は、「ダイレクト検査予約票・説明書」、「同意書」、「診療情報提供書」、「健康保険証」、「深谷赤十字病院の診察券」(お持ちの方)などをご持参の上、検査予約時間の20分前に紹介患者様専用受付へおいでください。
- ∴造影剤を使用する方または腹部(消化器)検査をする方は食事制限があります。
午前検査の場合→朝食中止 / 午後検査の場合→昼食中止
 - ・水分の制限はありませんので、水、お茶は飲んでいただいて構いません
 - ・お薬も飲んでいただいて構いません(血糖薬以外)
- ∴検査日時に都合がつかない場合やご不明の点がございましたら、ダイレクト検査予約担当までご連絡ください。

【造影検査について】

1. はじめに

検査当日、あなたが受ける検査では、「造影剤」という検査薬を使用します。この造影剤を使った検査を受ける方には、あらかじめ同意をいただいております。恐れ入りますが、まず以下の項目をお読みください。そのうえでご納得いただけましたら、この同意書に署名をお願いいたします。

2. 造影剤とは何ですか？

診断にあたって情報量を増すために、画像にコントラストをつける検査薬です。通常、血管内に投与(注射あるいは点滴)します。この際の造影検査では、造影剤として、水溶性ヨ

ード剤（非イオン性ヨード剤）が使われます。この薬剤は、腎機能に問題がなければ、注射後 6 時間で 90%が腎臓から尿として排泄され、その後全てが体外に排泄されます。

3. 造影剤を使う利点は何でしょうか？

血管内に注入された造影剤は、血管を介して全身の臓器に分布します。したがって、血管腔の状態、臓器の血流状態、および病変の性状で造影剤の分布がかわり、その濃度の濃淡が CT 検査の画像に反映され、診断上重要な情報を得ることができる可能性が高まります。

4. どのような方にも造影検査は行えるのでしょうか？

アレルギー体質の方は副作用を生じる可能性が約 3 倍多いとされ、なかでも喘息(ぜんそく)の方のそれは 10 倍といわれています。また造影剤を使うと、腎機能や肝機能をさらに悪化させることがあります。そのため次に該当される方は、造影剤の検査の際に、放射線診断科の担当医にその旨をお知らせください。

- ①以前、造影剤で具合が悪くなったり、副作用が出たことのある方
- ②本人または血縁者に喘息やアレルギーをお持ちの方
- ③重い腎臓病・肝臓病・甲状腺疾患・心障害をわずらっている方

5. 造影剤にはどのような危険性があるのでしょうか？

最近では、副作用のかなり少ない造影剤が開発され用いられてきてはおりますが、それでも約 3～7%の方になんらかの副作用が出現します。造影剤の副作用には、検査中や検査直後に生じるタイプ（即時型）と、検査終了後 30 分から数日の間に生じるタイプ（遅発型）とがあります。

①即時型副作用

ほとんどは、気分が悪くなったり、吐いたり、じんましんが出たり、かゆくなったりといった程度の軽いものです。しかしまれに、冷や汗が出たり、胸が苦しくなったりすることもあります。また 0.04%未満の割合で、ショックなどの重篤な副作用を生じることがあります。さらに極めてまれではありますが、死亡されたとの報告もあります。

②遅発型副作用

まれに、検査終了後 30 分から数日後にじんましんやかゆみが出ることがあります。ごくまれですが、体がだるくなったり、頭痛がしたりすることもあります。

6. 緊急時の対応について教えてください。

予期せぬ事態に対する処置については、放射線診断科の担当医にお任せください。検査終了後に生じる遅発性の副作用は少ないとはいわれていますが、たとえば帰宅後などに何か異常が現れた場合には、すぐに放射線診断科か救急部までご連絡ください。その際には、いつどのような検査で造影剤を注射されたのかを、忘れずにおはなしてください。

以上、今回の医療行為について説明いたしました。個々の点についてお分かりにならない点やご不安を覚える点などがありましたら、どうぞご遠慮なくお尋ねください。そして、十分にお考えいただいたうえ、ご了解いただけましたら、ご署名をお願いいたします。同意書を提出された後でも、ご希望があれば検査を中止することはできますので、いつでもお申し出ください。

CT検査【造影】同意書

○私は、今回の医療行為を受けることについて、この説明により、深谷赤十字病院で造影剤を使用する検査を受けることに同意します。また予定している診療行為およびそれに関連する事項について理解できましたので、必要な医療措置が行われることに同意します。なお、このたびの医療措置の実施中に緊急の措置を受ける必要が生じた場合には、その措置を受けることについても同意します。

予約医療機関名 _____

説明した医師氏名 _____

令和 年 月 日

ご本人ご署名 _____

ご家族ご署名 _____ (ご本人との続柄： _____)

- ◆ 患者さんの受けられる診療行為については、ご家族の方もそのことを十分に理解されていることが望ましいと考えております。そのため当院では、患者さんご本人とは別に、ご家族の方のご署名もお願いしています。
- ◆ 患者さんの容態によっては、ご本人からのご了承をいただくことが困難な場合もございます。そのような場合には、ご家族のご了解をもってこれに代えさせていただきます。(ご家族とは、原則として 配偶者・父母・子・兄弟(姉妹)・孫・祖父母・その他同居人 とさせていただきます。また、患者さんが未成年の場合には、法定代理人である親権者と致します。)

深谷赤十字病院 放射線診断科 ダイレクト検査予約担当
TEL 048-571-1511 (内線6223)